



**Departamento do Ensino Primária e Secundário de Rhode Island**  
**Formulário Modelo para pais/tutores ou entidades públicas na solicitação de**  
**Audiência de Processo Imparcial do Ensino Especial**

(Revisto em Junho de 2011)

Este formulário ajuda-o/a a fornecer os dados necessários para solicitar uma audiência de processo imparcial do ensino especial no que respeita a dados sobre a identificação, a avaliação, colocação ou serviços escolares, ou a oferta de ensino público adequado gratuito para uma criança deficiente, de acordo com o Diploma sobre o Ensino dos Indivíduos Deficientes (IDEA). Recomenda-se que esta acção de processo queixa seja usada apenas após as partes terem tentado outras formas de resolução tais como as resoluções locais informais, a mediação ou a apresentação de queixa estatal por escrito sobre ensino especial, conforme aplicável nos processos de resolução de disputa do Ensino Especial, explicados no website do Departamento em: [http://www.ride.ri.gov/OSCAS/Dispute\\_resolution/](http://www.ride.ri.gov/OSCAS/Dispute_resolution/) A ajuda adicional para o preenchimento deste formulário encontra-se disponível no Atendimento de Apoio a Estudantes, Comunidades e Académicos através dos telefones (401) 222-8999 ou (401)222-8344.

Dados sobre a criança	Nome do menor: _____	Data de nascimento: _____
	Endereço onde vive o menor: Rua _____ Cidade _____ _____ Estado, Código Postal	Escola e ano que frequenta: _____ Cidade/localidade onde a escola se situa: _____ Cidade ou localidade
Dados sobre os pais/tutores	Nome do(a) pai/mãe/pais ou do tutor: _____	Número(s) de telefone de contacto do/dos pai(s): _____
	Endereço postal (se for diferente do menor) _____ _____ Rua, Cidade, Estado, Código Postal	Idioma usado para materiais <u>impressos</u> : _____ Idioma preferido na comunicação verbal: _____

(Caso seja necessário, utilize uma página adicional)

Alegação	Descreva a natureza do problema da criança, no que respeita à ação proposta ou rejeitada ou à mudança de identificação, de avaliação, colocação escolar ou a oferta de ensino público adequado gratuito:
Factos	Descreva os factos relacionados com o problema incluindo quando ocorreu o problema:
Resolução Proposta	Na sua opinião, o que resolveria o problema?

ADVOGADOS NOMEADOS, SE FOREM CONHECIDOS:

\_\_\_\_\_  
Para os pais

\_\_\_\_\_  
Para a entidade pública

PARTE QUE APRESENTA O PROCESSO QUEIXA:

NOME (em letra de imprensa): \_\_\_\_\_ TELEFONE/TELEMÓVEL/FAX: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
Rua Cidade/localidade Estado Código Postal

VERIFICAÇÃO SE UMA CÓPIA DESTA SOLICITAÇÃO DE QUEIXA/AUDIÊNCIA DE PROCESSO FOI ENVIADA À OUTRA PARTE NESTA QUEIXA (PAIS OU SUPERINTENDENTE ESCOLAR) (Assinale) Sim Não

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Por favor, submeta este formulário preenchido ou todos os dados respeitantes, enviando-o para: Dispute Resolution, Suite 500, Office of Student, Community and Academic Supports, RI Dept. of Education, 255 Westminster Street, Providence, RI 02903.